

**VAIRUOTOJO GARBĒS DEKLARACIJA  
(SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS)**

Data: \_\_\_\_\_

		TAIP	NE
A	Ar sergate kokia nors liga arba gal turite kokią negalią ar kitų medicininių nusiskundimų, galinčių paveikti Jūsų gebėjimą vairuoti motorinę transporto priemonę?		
1	Ar turite regėjimo sutrikimų, tokių kaip:		
	1.1. pablogėjęs matymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.2. nevalingi akių judesiai (nistagmas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.3. regėjimo lauko defektai (pvz., ribotas matymas į šonus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.4. dvigubūnimas (dvejūnimas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.5. akivaizdus matymo pablogėjimas prieblandoje ar tamsoje (vištakumas) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.6. pablogėjęs akių judrumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.7. jautrumas akinimui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.8. pablogėjęs atstumo įvertinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.9. kiti sutrikimai (akių skausmai, staigus matymo sutrikimas, buvo / yra nustatytas padidėjęs akispūdis ar kt.) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti arba įrašyti):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ar Jums svaigo / svaigsta galva? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ar skundžiatės pablogėjusia klausa, ar sirgote ausų ligomis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ar yra galūnių judesių funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ar sirgote / sergate širdies ir / ar širdies ir kraujagyslių ligomis:		
	5.1. insultas (paralyžius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.2. širdies ritmo sutrikimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.3. širdies infarktas ar krūtinės angina (stenokardija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.4. širdies įgimta ar įgyta liga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.5. kita širdies ar širdies ir kraujagyslių liga (reumatas ar kt.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ar sergate cukriniu diabetu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ar turėjote galvos smegenų traumą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ar sirgote / sergate epilepsija? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ar skundžiatės miego sutrikimais:		
	12.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiaavote 5 metų laikotarpiu alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpiu kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Klausimai apie gydymą, vaistų vartojimą ir kt.		
16	Ar buvote gydomas (-a) ligoninėje arba kreipėtės į gydytoją dėl anksčiau minėtų priežasčių (A 1–15)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kada ir įstaigos, kurioje gydėtės, pavadinimą, adresą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus vaistus (raminamuosius, migdomuosius, nuskausminamuosius ar kitus)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kokius vaistus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Gal Jums dėl kurios nors anksčiau minėtos ligos (A 1–13) paskirti kokie nors vaistai, kurie turi būti reguliariai vartojami ilgą laiką? Jei atsakymas „taip“, nurodyti, kokie vaistai:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ar anksčiau buvo tikrinta Jūsų sveikata, norint gauti vairuotojo pažymėjimą? Jei atsakymas „taip“, nurodyti kada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar sveikatos problemos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ar manote, kad dabar esate visiškai sveikas (-a)? Jei atsakymas „ne“, įrašyti priežastis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija yra visiškai teisinga, ir suprantu, kad, pablogėjęs sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(parašas)

Sutinku, kad sveikatos priežiūros įstaiga gautų mano sveikatos išrašą iš mano ligos istorijos ir atsakymą iš Psichikos sveikatos centro apie mano sveikatos būklę.

(parašas)

Patvirtinu, kad jokiaje kitoje gydymo įstaigoje man nėra neišduota arba anuluota vairuotojo sveikatos patikrinimo medicininė pažyma.

(parašas)

## KLAUSIMYNAS DĖL OBSTRUKCIŅĒS MIEGO APNĒJOS

Data: \_\_\_\_\_

1	Lytis	
2	Amžius	
3	Svoris	
4	Ūgis	
5	Ar vairuodamas buvote užsnūdęs?	
6	Ar buvote patekęs į rimtą autoįvykį (buvote sužeistas ar buvo sudaužyta transporto priemonė) dėl mieguistumo per pastaruosius 3 metus?	
7	Ar Jūs knarkiate beveik kiekvieną naktį?	
8	Ar kas nors Jums yra sakęs, kad nustojate kvėpuoti miego metu?	
9	Ar atsibundate pailsėjęs po nakties miego?	
10	Ar Jūsų kraujo spaudimas būna padidėjęs arba vartojate vaistus, skirtus kraujo spaudimui mažinti?	

## EPWORTH MIEGUISTUMO SKALĖ

Prašome užpildyti Epworth mieguistumo skalę, skirtą tikimybei, kad Jūs užsnūsite ar užmigsite, esant situacijoms, pateiktoms toliau esančioje lentelėje, neatsižvelgiant į nuovargį, įvertinti. Atsakymai turi apibūdinti Jūsų šių dienų gyvenimo būdą. Jeigu Jūs paskutiniu laiku nebuvote tokiose situacijose, pabandykite įsivaizduoti, kaip jose jaustumėtės. Į lentelės balų skiltį įrašykite vieną iš skalėje pateiktų labiausiai kiekvienai situacijai tinkančių skaičių:

- 0 = niekada nesnaudžiu
- 1 = nedidelė galimybė užsnūsti
- 2 = vidutinė galimybė užsnūsti
- 3 = didelė galimybė užsnūsti

Svarbu įvertinti situaciją kuo tiksliau.

Situacija	Balai
Sėdint ir skaitant	
Žiūrint televizorių	
Ramiai sėdint viešojo vietoje (pvz., teatre ar susirinkime)	
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje	
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės	
Sėdint ir su kuo nors kalbantis	
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų	
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu	

Užtikrinu, kad mano pateikta informacija yra teisinga, ir suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(parašas)